

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N°

528

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre, Eugène, Prosper AMIGUES

Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph de Paris

Né le 8 Mai 1932, à NIMES (Gard)

présentée et soutenue publiquement le

**ETUDE DE 215 CANCERS
PRIMITIFS DES BRONCHES
OPERES ENTRE 1948 ET 1956**

Président : Monsieur M. BARIETY (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne

PARIS-VI

1958

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMFY,
CHEVASSU, DELBET, DONZELCT, GASTINEL, GUILLAIN,
HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE,
LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER,
MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER,
OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN _____ Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR _____ Jean VERNE

I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie _____	CORDIER
Anatomie pathologique _____	DELARUE
Bactériologie _____	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports _____	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale _____	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale _____	BERNARD J
Carcinologie _____	N.
Chimie Méd. _____	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel Dieu _____ BROCC
	Broussais _____ G.d'ALLAINES
	Salpêtrière _____ MOULONGUET
	Cochin _____ QUENU
Clinique Chir. réparatrice et orthop. _____	{ MERLE d'AUBI- GNE
Clinique de Cardiologie _____	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop. _____	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm. _____	MONOD
Clinique de la Tuberculose _____	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir. _____	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puéricult. _____	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques _____	DEGOS
Clinique des mal. du sang _____	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv. _____	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales) et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des) maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Cliniques Médicales	
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V. -R. LANTUEJOUL VARANGOT LACOMME
Cliniques obstétricales	
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	FEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JC ANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
	(CABROL		(DUBOST
Anatomie	(DEBEYRE		FAUREL
	(DELMAS		FLABEAU
	(OLIVIER G.		GERMAIN
	Melle GAU-		GOSSET
Ana. Path.	(THIER V.	Pat. Chir.	LAURENCE
	(BUSSER		LORTAT-JACOB
	(GOUYGOU		MATHEY
Bactério-)	(CHRISTOL		OLIVIER(Cl)
logie)	(NEVOT		POILLEUX
Biol. méd.	(BOURLIERE		THOMERET
	(ETTORI		VERNE(J M)
Chimie méd.	(POLONOVSKI J	Pat. expé-	MAURICE
Dermato-syphil.	DUPERRAT	riment.	LOEPER
Embryologie	(TUCHMANN		BOUVIER
	(BULLIARD		BOUDIN
Histologie	(COUJARD		BRICAIRE
	(N...		BRISSAUD
Hydrologie	(CORNET		CASTAIGNE
	(BOYER		CONTE
Hygiène	(DEPARIS		DEROT
Mal. infect.	(BASTIN		DOMART
Médecine)	(DEROBERTE	Pat. méd.	LAMOTTE
légale et)	(GAULTIER		LAROCHE
du Trav.)	(HADENGUE		MACREZ
Neurochir.	(DAVID		MILLIEZ
Neurologie	(LHERMITTE		PEQUIGNOT
	(GRASSET		PERRAULT
	(LE LORIER		RAMBERT
	(LEPAGE		ROYER
Obstétrique	(MERGER		THIEFFRY
	(MORIN		TURIAF
	(RAVINA		WOLFRAMM
	(ROBEY		JOSEPH
Ophtalmo-)	(BREGEAT	Pédiatrie	POLONOVSKI Cl.
logie)	(DESVIGNES		MOZZICONACCI
Orthopédie	(JUDET		Melle LEVY
Oto-rhino-)	(AUBRY	Pharmacol.	CHEYMOL
laryngo.)	(MADURO		
Parasito.	(BRUMPT		BARGETON
Parasito.col.	(CHABAUD	Physiol.	DEJOURS
	(ABOULKER		PARROT
	(BARCAT	Physique	(DJOURNO
Pat. chir.	(BAUMANN	médicale	GOUGEROT
	(CAUCHOIX	Pneum. phtis.	KREIS

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	PICHOT		CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique cl	{ AMELINE	Urologie	COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mé.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE		{ MARCHAL	
obstét. } { MAYER		{ SOULIE	
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREVILL.

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Melles DUMAITRE
Bibliothécaires. LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

A mes Enfants

A mes Parents



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Oncle et Parrain

Monsieur le Docteur Pierre AMIGUES

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin-Chef de l'Hospice National
des Quinze-Vingts

A ma Famille

A mes Amis

A Monsieur le Professeur BARIETY

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie nationale de
Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

En hommage de notre respectueuse
reconnaissance.

A notre Maître, Monsieur le Docteur DAUMET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour son ensei-
gnement.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

- Externat des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Docteur CHIGOT
Monsieur le Professeur LAMY
Monsieur le Professeur Agrégé GRASSET
Monsieur le Professeur Agrégé DUPERRAT
Monsieur le Professeur MOREAU
Monsieur le Professeur ALAJOUANINE
Monsieur le Docteur BOURGEOIS

- Internat de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

Monsieur le Docteur JULLIEN
Monsieur le Docteur OBERTHUR
Monsieur le Docteur DAUMET
Monsieur le Docteur BORDAS

ETUDE DE 215 CANCERS
PRIMITIFS DES BRONCHES
OPERES
ENTRE 1948 et 1956

-:-

P L A N

-:-

- INTRODUCTION

- Ier CHAPITRE : ETUDE CLINIQUE

- Sexe
- Age
- Antécédents pathologiques
- Signes de début
- Images radiologiques
- Constataction bronchoscopique
- Localisation du cancer
- Bases du diagnostic pré-opératoire
- Délai pré-opératoire
- Conclusion

- IIème CHAPITRE : ETUDE THERAPEUTIQUE

- Examens pré-opératoires
- Répartition des interventions
- Etude détaillée des différents types d'interventions et de leurs indications
- Radiothérapie pré et post-opératoire
- Conclusion

- IIIème CHAPITRE : ETUDE ANATOMO PATHOLOGIQUE

- Formes histologiques
- Extension maligne broncho-ganglionnaire

- IVème CHAPITRE : ETUDE DES RESULTATS

- Suites opératoires immédiates
- Résultats éloignés (date et cause des décès en fonction du type d'intervention)
- Etude des survivants
- Résultats opératoires propres aux lobectomies

- CONCLUSION

INTRODUCTION

--

Les travaux publiés sur les cancers primitifs des bronches sont à l'heure actuelle fort nombreux et ne cessent de se multiplier. Cette affection prend, en effet, une importance dans la pathologie liée vraisemblablement à une augmentation indiscutable de sa fréquence que ne peuvent expliquer ni l'amélioration des moyens de diagnostic ni la prolongation de la vie moyenne.

C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, le cancer du poumon représente en 1948 8,3 % de toutes les localisations néoplasiques alors qu'en 1920, il n'en représentait que 1,1 %. De même en 1950, et dans le même pays, il atteint 19 hommes sur 100.000 contre 0,7 sur 100.000 seulement en 1914. (Chiffres cités par BALMES) (1)

Nous avons donc pensé, encouragé par notre Maître, le Docteur DAUMET, qu'il ne serait pas inutile de verser au dossier du cancer primitif des bronches, l'étude, aussi complète que possible, de 215 malades présentant cette affection et opérés entre 1948 et 1956 inclus.

(1) Les chiffres arabes entre parenthèses dans le texte renvoient à la référence correspondante de la bibliographie à la fin de ce travail.

Nous entendons par cancer primitif des bronches toutes les tumeurs malignes des bronches, à l'exception des épistomes, pour lesquelles ni la clinique ni l'examen anatomo-pathologique n'ont apporté la preuve formelle de la nature Secondaire. Ces tumeurs primitives englobent les trois catégories de carcinomes définies par le Professeur DELARUE (9).

Signalons, en passant, que pendant la même période, sur 212 tumeurs malignes opérées dans le Service, on peut compter 36 cancers secondaires, soit 17 % et que ce pourcentage reste à peu près fixe d'une année sur l'autre.

Au cours des ces 9 années, nous avons pu réunir 215 opérés répartis en 2 groupes :

- 1) Le premier groupe représente 176 malades de la pratique hospitalière. Ils ont été opérés par le même chirurgien et les pièces d'exérèse ont été examinées par les mêmes anatomo-pathologistes, les Dr PAILLAS et OURY, dans le laboratoire du Professeur BARIETY.

De plus, tous ces malades ont une observation clinique complète et les comptes rendus radiologiques et bronchoscopiques ont été vérifiés par le même médecin. Ils représentent donc un groupe cohérent à partir duquel il nous a semblé possible de tirer un certain nombre de conclusions.

- 2) Dans le deuxième groupe sont réunis 39 malades de la pratique de ville. Là, encore, même opérateur et mêmes histologistes. Mais les renseignements purement cliniques nous manquent à leur sujet et nous n'en ferons donc état qu'au chapitre des résultats opératoires.

Les dates limites de cette étude (1948-1956) permettent de compter sur un recul qui varie entre 118 et 17 mois.

En terminant, nous voudrions insister sur le fait suivant : ces 215 opérés ne représentent, du point de vue purement statistique, qu'un nombre trop limité de cas pour que les pourcentages donnés aient une valeur autre que relative. La marge d'erreur est en effet trop grande. Néanmoins, nous nous sommes efforcés de calculer ces pourcentages dans tous les cas où ils ne correspondaient pas à une "absurdité arithmétique". Il nous a paru que c'était la manière la plus représentative de chiffrer notre étude.

PREMIERE PARTIE

-:-

ETUDE CLINIQUE

-:-

Dans ce premier chapitre, nous nous sommes attachés à relever tous les faits saillants du point de vue clinique dans les 176 observations de la pratique hospitalière.

1) - SEXE

Nous avons trouvé 2 femmes pour 174 hommes, soit 1,13 %. Ce pourcentage est particulièrement faible par rapport à celui donné dans la plupart des statistiques. Il ne fera que témoigner de la sévérité avec laquelle nous avons éliminé les cancers secondaires et confirmera une fois de plus la nette prédominance des tumeurs primitives chez l'homme.

2) - AGE

Nous avons, comme la plupart des auteurs, groupé nos malades en 4 catégories :

Moins de 40 ans	7 soit 4 %
De 40 à 49 ans	50 soit 28 %
De 50 à 59 ans	86 soit 49 %
60 ans et plus	33 soit 19 %

Ces chiffres sont à peu près les mêmes que ceux donnés par le Professeur DELARUE (8) qui dans les mêmes catégories trouve respectivement 4 %, 23,5 %, 48,7 % et 19,3 %.

Ils sont légèrement différents de certains

chiffres américains. C'est ainsi que GIBBON (10) à propos de 532 cas trouve les pourcentages suivants : 4 %, 15 %, 38 %, 43 %.

De même MOORE (14) donne 5 %, 25 %, 39 % et 31 %.

Un fait demeure certain, c'est la rareté du cancer bronchique avant 40 ans. Quant aux autres chiffres ils semblaient indiquer que les Français sont atteints un peu plus tôt que les Américains !

3) - ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

Rien de bien frappant ne ressort de l'étude des antécédents pathologiques de nos 176 malades.

- Parmi les antécédents pulmonaires, nous avons relevé :

- 4 tuberculoses pulmonaires homo ou contralatérales
- 9 suppurations pulmonaires, plus ou moins individualisées, dont 7 du même côté que le cancer
- 1 silicose.

- Parmi les autres antécédents, outre

- 3 éthyliques avérés
- 2 diabétiques

nous avons relevé :

8 gastrectomies pour ulcère, chiffre qui nous a paru particulièrement élevé.

Dans aucun de ces cas l'histologie n'a été

douteuse quant à la possibilité d'une métastase pulmonaire. Peut-être, le tabac pourrait-il jouer le rôle de dénominateur commun entre l'ulcère gastro-duodénal et le cancer bronchique.

4) - SIGNES DE DEBUT

Par signes de début nous entendons les troubles qui ont amené le malade à consulter son médecin pour la première fois. Dans bien des cas, en effet, le tableau fonctionnel de la maladie s'était complété à l'entrée du malade dans le service.

Nous avons ainsi trouvé :

- un épisode pulmonaire aigu ou subaigu dans 73 cas, soit 41 %.
9 fois cet épisode aigu s'est accompagné d'hémoptysie. Signalons également que l'épisode initial a été constitué 1 fois par un pneumothorax spontané.
- 77 fois, ce sont des signes fonctionnels respiratoires ou une altération de l'état général qui ont inquiété le malade, soit dans 44 % des cas.

Le groupement des symptômes est des plus divers.

- La dyspnée, que l'on trouve 3 fois, la toux (5 fois), les douleurs thoraciques (4 fois), une baisse de l'état général (7 fois), lorsqu'elles sont isolées n'inquiètent guère les sujets.

- Par contre, nous avons relevé 28 crachats hémoptoïques isolés et l'on retrouve bien là

l'antique peur du "crachement de sang".

- Dans l'ensemble, les divers symptômes fonctionnels ou généraux, groupés ou isolés, se répartissent de la manière suivante :

Toux	35 cas
Altération de l'état général	27 cas
Dyspnée	11 cas
Douleurs thoraciques	4 cas
Crachats hémoptoïques	62 cas.

Nous voudrions insister sur ce dernier chiffre. 62 de nos 176 malades, soit 35 %, ont accusé initialement une hémoptysie. Le Professeur BARIETY (3), dans un travail consacré à ce sujet, compte 51 hémoptysies sur 154 cancers primitifs, soit 33 %. Il cite à ce propos les chiffres suivants : CHURCHILL, 5 %, SALZER, 13,8 %, BJORK, 30,2 %.

Certes, nous l'avons dit, l'hémoptysie inquiète un malade qui n'aurait pas remarqué une toux ou un amaigrissement existant depuis plus longtemps. Mais il semble néanmoins certain que, sans attendre la classique hémoptysie "gelée de groseilles", la simple expectoration striée de sang est un signe précoce et fréquent du cancer primitif des bronches.

- Enfin, 26 fois, soit dans 15 % des cas, le cancer bronchique a été une découverte de dépistage systématique, sans que nous ayons pu préciser si ce dépistage était réel ou seulement apparent.

Néanmoins ce chiffre nous paraît relativement élevé par rapport aux chiffres donnés par d'autres auteurs. D'après BJORK par exemple, seulement 0,6 % des cancers bronchiques sont

une découverte radiologique (chiffre cité par BALMES) (1).

Il semble donc qu'à l'heure actuelle, le cancer du poumon est un diagnostic facilement suspecté par les médecins de collectivités ; malheureusement, et la plupart des auteurs sont d'accord à ce sujet, les résultats opératoires ne sont pas meilleurs après dépistage systématique qu'après toute autre forme de début.

5) - IMAGES RADIOLOGIQUES

Nous avons pris pour base de comparaison les images retrouvées sur le cliché apporté par le malade le jour de sa première consultation dans le Service en vue d'une intervention chirurgicale. Il ne s'agit donc pas de l'image radiologique de début dans tous les cas, car nous n'avons voulu tenir compte que des lésions constatées de visu dans le Service.

C'est ainsi que nous avons trouvé :

a) Condensation rétractée isolée	55
Opacité parenchymateuse non systématisée excavée ou non, isolée	37
Opacité hilare isolée	29
Emphysème obstructif isolé	4
Epanchement pleural isolé	2

b) Condensation rétractée associée à :	
- une opacité hilare	11
- un emphysème obstructif	6
- un épanchement pleural	6
- une opacité non systématisée	1
- une paralysie diaphragmatique	1

c) Opacité hilare associée à :

- une opacité non systématisée 13
- un emphysème obstructif 3
- un épanchement pleural 1
- une paralysie diaphragmatique 1
- une opacité non systématisée et
un épanchement pleural 1

d) Opacité non systématisée associée à :

- un épanchement pleural 4
- une paralysie diaphragmatique 1

Ainsi donc, 127 de nos malades, soit 72 %,
présentaient l'une de ces 5 images isolées.

Chez les 49 autres, le groupement de ces anomalies radiologiques se fait de façon très variable, mais deux associations dominent de loin, l'opacité hilare avec une condensation rétractée que nous trouvons dans 11 cas et l'opacité hilare avec une opacité parenchymateuse non systématisée qui existe 13 fois.

Enfin, si l'on essaie d'établir une hiérarchie de fréquence parmi ces images, on constate qu'il existe :

- une condensation rétractée 80 fois,
soit dans 45 % des cas,
- une opacité hilare 59 fois,
soit dans 33,5 % des cas,
- une opacité parenchymateuse 57 fois,
soit dans 32 % des cas,
- un épanchement pleural 14 fois,
soit dans 8 % des cas,
- un emphysème obstructif 13 fois,
soit dans 7 % des cas,
- une paralysie diaphragmatique 3 fois,
soit dans 1,5 % des cas.

Nous reviendrons plus loin sur la valeur pronostique de ces diverses anomalies radiologiques. Disons seulement ici que la plupart des auteurs citent des chiffres voisins. C'est ainsi que le Professeur BARIETY (2) étudiant 48 cancers épidermoïdes trouve 36 condensations rétractées, 11 opacités parenchymateuses et 1 épanchement pleural.

6) - CONSTATATIONS BRONCHOSCOPIQUES

Rappelons en commençant que pratiquement toutes les bronchoscopies dont nous faisons état ont été faites par le même médecin.

Les lésions trouvées se répartissent de la manière suivante :

- Bourgeon individualisé faisant saillie dans la lumière de la bronche 64,
soit dans 36 % des cas,
- Modifications de la muqueuse qui apparaît irrégulière et saignant 48,
soit dans 27 % des cas,
- Compression extrinsèque d'une bronche ou d'un éperon de division 37,
soit dans 21 % des cas
- Bronchoscopie normale, dans la plupart des cas à deux reprises différentes au moins 25,
soit dans 14 % des cas,
- Pas de bronchoscopie 2

Ainsi donc 25 de nos malades ont été opérés sur une seule certitude clinique et radiologique.

7) - LOCALISATION DU CANCER

Pour cette étude, nous disposons des chiffres correspondant à l'ensemble de nos cas, soit 215 malades. Nous nous sommes basés pour préciser le siège de la tumeur sur les données de la bronchoscopie préopératoire complétées par le résultat de l'examen macroscopique de la pièce d'exérèse.

- Siège non précisé : 3

-B.Souche : D.14, G.26 =40 soit 18,6% des cas

-B.Lobaire
supérieure: D.39, G.50 =89 soit 41,4% des cas

-B.Lobaire
moyenne : D.13 13 soit 6% des cas

-B.Lobaire
inférieure: D.43, G.27 =70 soit 32,6% des cas

Total selon

le côté : D.109, G.103
50,7%, 47,9%

Nous trouvons donc une distribution à peu près égale entre les 2 côtés avec une légère prédominance du côté droit.

La bronche souche gauche est plus souvent atteinte que la droite.

Le cancer siège plus volontiers dans le lobe supérieur à gauche, dans le lobe inférieur à droite.

Quant au lobe moyen, il est peu souvent en cause, 6 % des cas seulement.

Nous ne citerons à titre de comparaison qu'une autre série de chiffres, rapportée par GIFFORD (11) à propos de 347 malades.

Dans cette série, la répartition suivant le côté ainsi que la plus grande fréquence dans le lobe supérieur gauche et dans le lobe inférieur droit, sont à peu près superposables à nos résultats. Par contre, cet auteur trouve seulement 4 % de localisation sur les bronches souches, 4 % sur le lobe moyen et 46 % pour les lobes supérieurs et inférieurs. Cette différence vient peut-être du fait que nous avons considéré comme appartenant à la bronche souche toutes les lésions qui débordaient un tant soit peu l'orifice des bronches lobaires.

8) - BASES DU DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE

Pour les 176 malades chez lesquels nous avons pu préciser les bases du diagnostic pré-opératoire, nous avons tenu compte non seulement des résultats des prélèvements bronchiques pratiqués dans le Service, mais également des renseignements fournis par le médecin qui avait envoyé le malade.

En effet, dans un certain nombre de cas, où la biopsie avait été positive, il n'a pas été jugé utile de faire un nouveau prélèvement lors de la bronchoscopie pré-opératoire.

Par contre, dans tous les cas où le malade arrivait sans certitude histologique, un ou même plusieurs prélèvements ont été effectués.

Et pourtant, le nombre de nos malades opérés sans certitude histologique pourra paraître élevé.

En effet, le diagnostic pré-opératoire a été posé :

- 58 fois sur une biopsie positive
- 34 fois sur une aspiration positive
- 4 fois sur ces deux examens réunis.

Donc, 96 fois, soit dans 54,5 % des cas seulement, l'intervention a été décidée sur une preuve histologique.

Outre 2 cas pour lesquels nous n'avons pas de renseignements, il reste 78 malades, soit 44,5 % qui ont été opérés sur les seules constatations radio-cliniques. Il est vraisemblable que des recherches histologiques ou cytologiques plus poussées auraient pu faire baisser ce pourcentage.

Il correspond d'ailleurs aux chiffres habituellement cités..

GIBBON, dans la statistique citée plus haut (10), à propos de 380 cas, trouve 69 % d'interventions sur des résultats histologiques et 31 % de certitudes radio-cliniques.

De même BALMES (1) relatant les chiffres de la Mayo Clinic entre 1942 et 1947 donne 60 opérés sur les seuls signes cliniques pour 123 interventions.

Enfin, SAUVAGE, LE BRIGAND et MERLIER ont pu écrire : "Nous ne regrettons pas d'avoir opéré sur la seule impression clinique et radiologique plus d'un tiers de nos cas, puisque sur 154 interventions nous n'avons relevé que 10 erreurs de diagnostic"

Dans le Service de notre Maître, le Dr DAU-MET, où bien souvent une biopsie extemporanée est pratiquée lorsque la certitude histologique pré-opératoire n'a pu être établie, nous avons trouvé 3 erreurs de diagnostic, dont 1 tuberculose pulmonaire et 2 suppurations pulmonaires banales.

Il faut d'ailleurs remarquer que 53 de ces 78 malades étaient porteurs de lésions évocatrices à la bronchoscopie. C'est donc à la fois un ensemble clinique, radiologique et bronchoscopique qui a conduit à l'intervention.

9 - DELAI PRE-OPERATOIRE

Par délai pré-opératoire, nous entendrons le temps écoulé entre la première consultation du malade chez son médecin et l'intervention. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, de la période d'évolution pré-opératoire du cancer, car les renseignements fournis par l'interrogatoire du malade sont trop vagues pour que l'on puisse préciser exactement la date des premiers troubles. En fait, notre intention a été plutôt de savoir si la diagnostic de cancer du poumon, longtemps considéré comme un diagnostic d'exception, est en quelque sorte entré dans la pratique médicale courante.

Voici les chiffres que nous avons trouvés:

- Sans renseignement	3	
- De 1 à 4 mois	106	soit 61 % des cas
- De 5 à 8 mois	41	24 %
- De 9 à 12 mois	13	7,5 %
- Plus de 12 mois	13	7,5 %

Ainsi, donc près des deux tiers de nos mala-

des ont été opérés dans les 4 mois qui ont suivi leur première consultation, et 85 % dans les 8 premiers mois.

En étudiant de plus près la première série nous nous sommes aperçus que le délai moyen pour ces 106 malades était très légèrement supérieur à 3 mois. Ceci tient à plusieurs causes : tout d'abord, près d'un tiers de la clientèle du Service vient de province ; d'autre part, en additionnant les délais nécessités par le développement des clichés, les rendez-vous chez les spécialistes et l'inscription à l'hôpital, on constate qu'il est difficile de pouvoir descendre au-dessous de 2 mois.

La majorité des auteurs s'accorde d'ailleurs pour considérer comme normal un délai semblable. C'est ainsi que pour BJORK, FORBER, OSCHNER, (1), le délai moyen est de 4 à 5 mois.

Nous avons cherché dans les 67 cas où le délai a dépassé 4 mois les causes de ce retard.

Nous avons ainsi relevé :

- 11 traitements radiothérapiques pré-opératoires
- 2 refus formels de l'intervention par le malade pendant un certain temps
- 15 cas enfin où le malade a été soigné pendant un temps variable pour une suppuration banale ou une tuberculose pulmonaire (parfois même avec collapsothérapie).
- Dans les autres cas, aucune cause bien nette ne vient expliquer le retard si ce n'est l'indifférence du malade, peu gêné au fond par quelques troubles fonctionnels et qu'une thérapeutique symptomatique suffit à rassurer.

10) - CONCLUSION

Au terme de cette première étape clinique, nous pensons pouvoir insister sur les quelques points suivants :

- La moitié des cancers primitifs des bronches atteignent des hommes âgés, de 50 à 60 ans.

- Plus d'un tiers de nos malades ont été alertés au début par un crachat hémoptoïque.

- Dans près de la moitié des cas, le cancer s'est révélé radiologiquement par une condensation rétractée. On ne saurait trop insister à ce propos sur l'importance de l'examen radiologique de profil, qui seul dans la plupart des cas, permet d'affirmer l'existence de ce trouble systématisé de la ventilation pulmonaire.

- Dans les 4/5 des cas, l'aspect bronchoscopique était hautement évocateur d'une lésion maligne et pourtant 45 % de nos malades ont été opérés sans certitude histologique pré-opératoire.

- Enfin, à l'heure actuelle, on peut considérer que le cancer du poumon est opéré dans des délais satisfaisants.

Nous nous efforcerons, dans les chapitres suivants, de rattacher quelque valeur pronostique à ces données cliniques.

DEUXIEME PARTIE

-:-

ETUDE THERAPEUTIQUE

-:-

Nous nous attacherons, dans ce chapitre, à l'étude de l'acte chirurgical lui-même. Nous consacrerons à ce propos une part importante aux thoracotomies exploratrices d'une part, aux lobectomies d'autre part, qui nous ont paru être les deux types d'intervention posant les problèmes les plus intéressants.

Ici, encore, nous nous baserons sur les 176 malades de la pratique hospitalière.

1 - EXAMENS PRE-OPERATOIRES

Avant l'intervention, tous nos malades ont subi un ensemble d'examens complémentaires, dont en dernier ressort, dépend la décision opératoire. Nous n'insisterons pas sur les divers tests biologiques humoraux, mais il nous a paru intéressant d'étudier l'électrocardiogramme (E.C.G.) et les épreuves fonctionnelles respiratoires (E.F.R.) dont l'importance est considérable avant une intervention aussi mutilante fonctionnellement que la pneumonectomie.

- Presque tous nos malades ont eu un E.C.G. pré-opératoire. Nous avons été assez sévères dans notre classification en examen normal

et examen perturbé. En particulier, le moindre trouble du rythme, le moindre signe de surcharge ventriculaire, le plus petit symptôme d'atteinte coronarienne ont été considérés comme anormaux. Nous avons ainsi, sur 157 malades, pour lesquels l'examen a été retrouvé :

122 E.C.G. normaux

35 E.C.G. perturbés

Nous verrons plus loin l'incidence de ces troubles cardiaques sur les résultats opératoires immédiats. Elle nous a paru minime. Et il semble que dans les conditions actuelles d'anesthésie et de réanimation, une perturbation électro-cardiographique, à moins d'être importante, n'autorise pas à refuser la pneumonectomie à un malade.

- Ce n'est qu'à partir de 1952 que tous nos malades ont subi des E.F.R. pré-opératoires. Nous ne disposons donc que de 129 résultats.

Nous avons retenu comme test de comparaison :

- la ventilation maxima-minute, considérée comme perturbée lorsque le chiffre est égal ou inférieur à 50 litres.
- Le rapport $\frac{CPUE}{CV}$, considéré comme perturbé lorsqu'il est égal ou inférieur à 60 %.

C'est ainsi que ces E.F.R. se sont montrées :

satisfaisantes dans 103 cas
perturbées dans 26 cas.

Cette altération permettait néanmoins une intervention d'exérèse, compte tenu de l'âge, du volume du sujet, et de son activité professionnelle, car, l'E.F.R. conditionne non seulement les suites opératoires immédiates, mais également l'état fonctionnel éloigné.

2 - REPARTITION DES INTERVENTIONS

De 1948 à 1956 inclus, il a été pratiqué, dans le Service :

- 132 interventions d'exérèse soit 75 %
- 44 thoratocomies exploratrices soit 25 %

Ce pourcentage est retrouvé dans la plupart des statistiques : JAUBERT de BEAUJEU (13) relève moins de 30 % de thoracotomies exploratrices, BISHOP (5), 20 %.

Les 132 exérèses se répartissent de la manière suivante :

- 113 pneumonectomies soit 85,6 % des exérèses
- 17 lobectomies soit 12,8 %
- 2 exérèses segmentaires soit 1,6 %

Ces chiffres sont assez voisins de ceux de la plupart des auteurs : c'est ainsi que JAUBERT de BEAUJEU, étudiant récemment (13) 285 exérèses trouve 96 % de pneumonectomies et 4 % de lobectomies. WATSON, de son côté, (18), sur 182 exérèses compte 87 % de pneumonectomies et 13 % de lobectomies.

Mais, plus que ces chiffres globaux, il nous a paru intéressant de regrouper ces différentes interventions par année, ce qui permet de suivre l'évolution de la tactique opératoire dans le Service.

Voici le tableau de cette activité opératoire:

1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956

Pneumonectomies

1 2 12 9 8 21 22 21 17

Lobectomies

2 1 3 3 8

Segmentectomies

1 1

Total des exérèses

1 2 12 9 10 23 25 24 26

Thoracotomies exploratrices

1 5 7 8 2 10 3 4 4

Total des interventions

2 7 19 17 12 33 28 28 30

% des T.E. par rapport au total des interventions

50% 71% 36 % 47% 16% 30% 10% 14% 13%

Nous voyons que c'est à partir de 1952 que l'on a commencé à pratiquer des lobectomies. C'est à partir de la même année que le pourcentage des thoracotomies exploratrices a commencé à diminuer pour se stabiliser aux alentours de 15 %.

3 - TECHNIQUE OPERATOIRE

- Thoracotomies exploratrices : 44 interventions

Le taux de 25 % de thoracotomie exploratrice nous a paru particulièrement élevé. Certes, il a tendance à baisser progressivement, parallèlement aux progrès de la technique chirurgicale.

Mais il n'en reste pas moins qu'il est toujours fort désagréable de devoir refermer un thorax sans avoir pu enlever la tumeur et que ce geste n'est pas d'une innocuité absolue. Nous notons en effet sur 44 thoracotomies exploratrices, 4 décès opératoires, soit près de 10 %, chiffre particulièrement élevé pour un geste chirurgical totalement inefficace.

Bien plus, beaucoup d'auteurs s'accordent pour reconnaître que la thoracotomie exploratrice accélère l'évolution de la maladie. C'est ainsi que BISHOP (5), étudiant la moyenne de survie des cas jugés inopérables, la trouve aux alentours de 10 mois, alors que la moyenne de survie de ses thoracotomies exploratrices se situe aux alentours de 4 mois.

Les chiffres de notre ~~statistique~~ sont moins sévères, nous les citerons plus loin. Disons seulement que 10 opérés, soit près de

25 %, ont survécu plus de 6 mois après l'intervention.

Néanmoins, à la lumière de nos observations cliniques, nous voudrions savoir s'il est possible de juger avec plus de certitude de l'inopérabilité d'un cancer bronchique.

- Age -

Parmi nos 44 malades, nous trouvons :

	Moins de 40 ans	40 à 50	50 à 60	60 et plus
Nombre des T.E.	5	14	18	7
% des T.E.	13 %	32 %	41 %	14 %
% de tous les opérés	4 %	28 %	49 %	19 %

Ainsi donc, 5 sur 7 de nos malades âgés de moins de 40 ans présentaient lors de l'intervention des lésions inextirpables. Nous retrouvons là, une fois de plus, la gravité du cancer chez le sujet jeune, vraisemblablement liée à la plus grande fréquence chez lui des carcinomes anaplasiques.

- Signes ayant amené le malade à consulter son médecin.

Voici comment se répartissent les différents symptômes :

	Episode pulm. aigu	S.G., fonc- tion- nels	Dépis- tage systé- matiq.	Sans ren- seigne- ment.
Nombre des T.E....	14	21	7	2
% des T.E.	32 %	49 %	14 %	
% de tous les opérés	41 %	44 %	15 %	

Un premier fait est frappant, c'est l'égalité des 2 pourcentages en matière de dépistage systématique. Et BROCARD a pu écrire (6) : "Sur 44 cas de dépistage systématique, 44 % ont été considérés comme inopérables lorsque le diagnostic de cancer put être porté".

D'autre part, l'existence de signes fonctionnels et généraux, surtout lorsqu'ils sont groupés, paraît d'un fâcheux pronostic puisqu'on les retrouve dans la moitié de nos cas.

- Images radiologiques -

L'étude de l'image radiologique nous a paru particulièrement intéressante.

Voici, tout d'abord, comment elles se répartissent :

a) - Condensation rétractée isolée	16
Opacité parenchymateuse isolée	7
Opacité hilare isolée	5
Epanchement pleural isolé	2

b) - Condensation rétractée associée à :

- une opacité hilare 2
- une paralysie diaphragmatique... 1
- un emphysème obstructif 1
- un épanchement pleural 1

c) - Opacité hilare associée à :

- une opacité non systématisée... 4
- une paralysie diaphragmatique... 1
- une opacité non systématisée
et un épanchement pleural 1

d) - Opacité non systématisée associée à :

- un épanchement pleural 2
- une paralysie diaphragmatique 1

On retrouve donc :

	Nbre des T.E.	% des T.E.	% de tous les opé- rés
Condensation rétractée	22	50%	45%
Opacité non systématisée	14	32%	32%
Opacité hilare	13	29%	33,5%
Epanchement pleural	6	14%	8%
Paralysie diaphragmatique...	3	7%	1,5%
Un emphysème obstructif	1	2%	7%

Ainsi, 6 des 14 malades présentant un épanchement pleural, et les 3 qui avaient une paralysie diaphragmatique, se sont révélés à l'intervention au-dessus de toute ressource chirurgicale. BISHOP écrit à ce sujet (5) : "Parmi les facteurs d'inopérabilité, il faut placer l'invasion des organes médiastinaux mise en évidence, entre autres, par une paralysie du nerf phrénique".

De même WYMAN, dans un article récent (19),

considère comme une contrindication formelle, l'existence d'une paralysie diaphragmatique.

A posteriori, on peut donc dire que ces 3 malades n'auraient pas dû être mis sur la table opératoire.

- Constatations bronchoscopiques -

On verra, en étudiant le tableau ci-dessous, qu'aucune contrindication opératoire majeure ne peut être posée à partir de la bronchospie:

	Nbre des T.E.	% des T.E.	% de tous les opérés
Sans renseignement	3		
Bronchoscopie normale	5	13%	14%
Bourgeons individualisés	11	25%	36%
Modification de la muqueuse	13	29%	27%
Compression extrinsèque	12	27%	21%

Seules pourraient être retenues la plus grande fréquence des compressions extrinsèques des bronches chez les thoracotomisés et la constance du pourcentage de bronchoscopies normales.

- Diagnostic pré-opératoire -

Chez nos 44 malades, le diagnostic pré-opératoire fut établi par :

	Nbre des	T.E.	% des T.E.	% de tous les opérés
La biopsie seule	13	19	43%	54,5%
L'aspiration seule	6			
La biopsie et l'as- piration	0			
La clinique	24	55%	44,5%	
Sans renseignement	1			

On voit donc que les pourcentages, tout en restant voisins, s'inversent et que plus de la moitié des thoracotomies exploratrices concerne des malades opérés sur une simple certitude clinique, sans que l'on ait attendu une confirmation histologique.

- Localisation des lésions sur l'arbre bron-
chique -

	Nbre des T.E	% des T.E.	% de tous les opérés
B.Souche D. 4, G. 6 =	10	23%	18,6%
B.Lobaire su- périeure D.10, G.11 =	21	49%	41,4%
B.lobaire moyenne D. 2,	2	5%	6%
B.lobaire in- férieure D. 5, G. 3 =	8	17%	32,6%
Siège non pré- cisé D. 1, G. 2			
Total selon le côté D.22, G.22			

On peut noter une légère augmentation de la gravité des localisations aux bronches souches et lobaires supérieures, mais la différence est trop minime pour qu'une conclusion formelle puisse en être tirée.

- Délai opératoire -

Enfin, l'étude du délai opératoire révèle des pourcentages rigoureusement semblables :

	Nbre des T.E.	% des T.E.	% de tous les opérés.
De 1 à 4 mois	26	64%	61%
De 5 à 8 mois	10	24%	24%
De 9 à 12 mois	2	5%	7,5%
Plus de 12 mois	3	7%	7,5%
Sans renseignement	3		

Ce fait, joint aux constatations rapportées plus haut, quant au dépistage systématique et au diagnostic pré-opératoire établi sur la clinique, tendrait à prouver qu'en matière de cancer du poumon le temps joue un rôle beaucoup moins important qu'il n'était classique de le dire.

- Nous voudrions, pour terminer, donner rapidement les raisons qui ont amené le chirurgien à renoncer à toute exérèse :

- Des masses ganglionnaires jugées inextirpables, en totalité 12 cas
- Un envahissement des divers vaisseaux ou organes du médiastin, ou une extension trachéale 27 cas

- Un envahissement pariétal 2 cas
(dans ces 2 cas, c'est moins l'adhérence pariétale elle-même que l'ouverture d'un vaste abcès sous-cortical qui a fait surseoir à l'exérèse).
- Une altération de l'état cardio-vasculaire per-opératoire du sujet, alors que les lésions paraissaient extirpables 3 cas

Dans ces trois derniers cas, ni l'électrocardiogramme, ni les épreuves fonctionnelles respiratoires n'étaient perturbées.

- Conclusion -

Est-il possible de tirer une conclusion à la fin de cette rapide revue de nos 44 thoracotomies exploratrices ?

2 faits apparaissent certains :

- la gravité d'un épanchement pleural hémorragique et surtout d'une paralysie diaphragmatique

- la gravité du jeune âge du sujet.

C'est donc surtout chez les malades jeunes que l'on devra s'efforcer de fouiller l'observation à la recherche de tous les signes tendant à faire surseoir à l'intervention.

Et pourtant, n'est-ce pas aussi chez les sujets jeunes que l'on est le plus tenté de tout faire pour obtenir une guérison ?

- Pneumonectomies : 113 interventions.

Il a été pratiqué 60 pneumonectomies à droite pour 53 à gauche.

Une fois un syndrome hémorragique per-opératoire a obligé à enlever le poumon alors que l'envahissement broncho-médiastinal rendait illusoire cette exérèse.

Ce malade est d'ailleurs décédé dans le courant de la lère année.

Ces 113 pneumonectomies se répartissent, sur le plan technique, de la manière suivante :

- pneumonectomies totales extra-péricardiques sans curage ganglionnaire, toutes pratiquées avant 1952 12
- pneumonectomies par voies intra-péricardiques 93
(dont 33 sans curage ganglionnaire
60 avec curage ganglionnaire partiel)
- pneumonectomies élargies selon la technique de CAHAN (4 droites, 3 gauches) 7
- pneumonectomies de nécessité 1

Sur les 60 pneumonectomies droites, outre les 4 pneumonectomies élargies, la section de la veine azygos a été pratiquée 10 fois.

Nous voudrions seulement dire ici que notre Maître, le Dr.DAUMET, considère l'ouverture du péricarde comme un geste de routine indispen-

sable pour l'exploration exacte des lésions, avant tout début d'exérèse.

- Lobectomies : 17 interventions

Nous avons pensé intéressant de leur consacrer une étude particulièrement détaillée. Nous commencerons par donner leur répartition topographique :

- Lobectomies supérieures droites	6
- Lobectomies moyennes	1
- Lobectomies inférieures droites	3
- Bilobectomies moyennes et inférieures	1
- Lobectomies supérieures gauches	3
- Lobectomies inférieures gauches	3

Soit, 11 interventions à droite et 6 à gauche.

Du point de vue strictement technique, ces lobectomies se sont présentées de la manière suivante :

- Lobectomies typiques idéales.
L'examen de la pièce d'exérèse a montré que dans tous les cas les ganglions et la recoupe bronchique étaient histologiquement sains 9
- Lobectomies avec quelques adhérences pariétales, comportant l'ablation de ganglions macroscopiquement envahis. Dans tous ces cas, cependant, la lobectomie paraissait suffisante sur le plan lésionnel 6
- Lobectomies pratiquées sur une indication fonctionnelle, alors qu'à l'ouverture du thorax elles sont apparues insuffisantes sur le plan lésionnel 2

Sur ces 2 malades l'un est vivant depuis 19 mois ; la recoupe bronchique et les ganglions étaient histologiquement sains,

l'autre est vivant depuis 72 mois alors que l'examen histologique de la recoupe bronchique l'avait montré envahi par la tumeur. Mais il faut dire que ce malade a subi un traitement radiothérapique post-opératoire.

Nos 17 lobectomies ne représentent qu'un chiffre bien modeste. Cependant, nous verrons plus loin que les résultats opératoires éloignés justifient cette tentative d'exérèse limitée très bien supportée par les malades.

Sur quelle base peut-on s'appuyer pour proposer ce traitement à un malade porteur d'un cancer bronchique ?

- L'étude de l'âge de nos 17 opérés ne nous a fourni aucun renseignement :

	Moins de 40	40 à 50	50 à 60	Plus de 60
Nombre des lobectomies	0	5	9	3
% des lobectomies		29,5%	53%	17,5%
% de tous les opérés	4%	28%	49%	19%

En effet, les pourcentages comparés sont pratiquement superposables.

- Voici comment se répartissent les signes ayant amené à consulter :

	Nbre de lobect.	% de lobect.	% de tous les opérés
Episode pulmonaire aigu	8	47%	41%
Signes fonctionnels et généraux	4	23,5%	44%
Dépistage systématique	5	29,5%	26%

Ici, encore, l'existence, dès la première consultation, de signes fonctionnels et de signes généraux, est un signe d'extension des lésions qui, dans les 3/4 des cas, empêchera une exérèse limitée.

Par contre, le pourcentage de dépistage systématique est un peu plus élevé pour les lobectomies que pour l'ensemble de nos opérés.

- Mais, cette notion se trouve contredite par l'étude des délais pré-opératoires. Voici comment ils se répartissent :

	Nbre de lobect.	% de lobect.	% de tous les opérés
De 1 à 4 mois	8	47%	61%
De 5 à 8 mois	4	23,5%	24%
De 9 à 12 mois	2	12%	7,5%

Parmi les 3 malades restants :

L'un a été soigné 14 mois pour sup-
puration pulmonaire banale. Il s'a-
git d'un épistome ayant subi une dé-
générescence carcinomateuse.

Les 2 autres, traités pour tubercu-
lose pulmonaire, respectivement 18
et 24 mois, étaient des carcinomes
épidermoïdes.

Ainsi donc, près d'un tiers des lobectomies
ont été pratiquées chez des malades qui avaient
largement dépassé le cap des 8 mois. Ce fait
est dû vraisemblablement à la rapidité évoluti-
ve différente pour chaque tumeur, mais cette
évolutivité est difficile à apprécier. Tout
ce que l'on peut dire est qu'un long délai ne
doit pas être considéré, a priori, comme une
preuve pré-opératoire de l'extension locale
de la tumeur.

- Les images radiologiques que présen-
taient nos 17 malades se répartissent de la
manière suivante :

- Condensation rétractée isolée	4
- Opacité hilare isolée	2
- Opacité non systématisée isolée	8
- Opacités hilare et non systématisée associées	3

On retrouve donc :

	Nbre des Lobect.	% des lobect.	% de tous les opé- rés
Opacité non systématisée	11	65%	32%
Opacité hilare	5	29,5%	33,5%
Condensation rétractée	4	23,5%	45%

Certes, il est normal que la plus grosse partie des malades lobectomisés ait présenté une image pulmonaire anormale périphérique. Mais il en est un pourcentage non négligeable, dont le cliché pré-opératoire aurait pu faire redouter une lésion ne relevant pas d'une exérèse limitée.

- Les mêmes conclusions s'imposent si l'on étudie les constatations bronchoscopiques. Voici comment elles se groupent :

	Nbre des lobect.	% des lobect.	% de tous les opé- rés
Bronchospie normale	11	65%	14%
Bourgeons individua- lisés	4	23,5%	36%
Modifications de la mu- queuse	1	5,75%	21%
Compression extrinsèque	1	5,75%	21%

Les bronchoscopies normales dont le nombre est particulièrement élevé, correspondent à des lésions trop périphériques pour être accessibles.

- C'est ainsi que le diagnostic pré-opératoire fut établi :

- 5 fois seulement sur une preuve histologique,
- 12 fois, soit dans 70 % des cas sur les seules données cliniques.

- Reste à étudier la localisation des lésions.

	Nbre des lobect.	% des lobect.	% de tous les opérés
B. Souche D. 0, G. 0 = 0	0		18,6%
B. Lobaire supérieur			
re D. 6, G. 3 = 9	9	53%	41,4%
B. Lobaire moyenne D. 1,	1	5,75%	6%
B. Lobaire inférieur			
re D. 4, G. 3 = 7	7	42,25%	32,6%
Total selon le côté D. 11, G. 6			

Il est normal de ne retrouver aucune localisation au niveau des bronches souches qui, par définition, relève de la pneumonectomie.

Un fait nous paraît plus important, si l'on considère ce tableau, c'est la disproportion entre les deux côtés, 11 lobectomies droites, pour 6 gauches. La fréquence égale avec laquelle les 2 poumons sont atteints est pourtant un fait communément admis.

Une explication vient tout de suite à l'esprit, la pneumonectomie est fonctionnellement beaucoup plus mal supportée à droite qu'à gauche. On pourrait donc penser que c'est un souci fonctionnel qui a poussé le chirurgien à étendre les indications de l'exérèse limitée à droite.

- Or, l'étude des examens pré-opératoires de nos malades nous prouve que sur 17 opérés, 3 seulement avaient un électro-cardiogramme et des épreuves fonctionnelles respiratoires perturbés.

- Et c'est sur ce point que nous voudrions conclure cette rapide étude de nos lobectomies.

En dehors des cas où l'état fonctionnel respiratoire du malade contr'indique toute pneumonectomie, l'étude du dossier clinique ne permet que rarement de poser a priori l'indication d'une lobectomie pour cancer primitif des bronches.

C'est seulement, une fois le thorax ouvert, que le chirurgien peut juger si une exérèse limitée a des chances d'être curatrice.

Il pourra s'aider, pour ce faire, d'un examen extemporané de tous les ganglions macroscopiquement douteux et d'un prélèvement bronchique au niveau où devrait porter la section. Depuis un certain temps cette conduite a été adoptée systématiquement par notre Maître le Dr DAUNET.

- Segmentectomies : 2 interventions.

Dans les deux cas il s'agissait d'une découverte d'examen systématique, d'une opacité

parenchymateuse non systématisée du lobe supérieur gauche, chez des sujets âgés dont les épreuves fonctionnelles étaient médiocres. La bronchoscopie était normale dans les deux cas.

Il a été pratiqué une segmentectomie apico-dorsale gauche,

une exérèse du culmen gauche, et dans les deux cas l'examen de la pièce a mis en évidence l'existence d'un épithélioma épidermoïde indifférencié.

4 - RADIOTHERAPIE PRE ET POST-OPERATOIRE -

Nous voudrions enfin signaler, avant de clore ce chapitre de thérapeutique, que :

- 13 de nos malades ont subi un traitement radio-thérapique pré-opératoire. Dans la plupart des cas, ce traitement a été pratiqué sur la demande du chirurgien pour des lésions jugées inextirpables lors de ce premier examen. Tantôt il s'agissait d'une extension bronchoscopique importante, tantôt d'une tumeur paraissant en poussée évolutive.

Ce traitement radio-thérapique a pratiquement toujours rendu l'exérèse possible secondairement puisque dans l seul cas l'intervention s'est soldée par une thoracotomie exploratrice.

- 18 autres malades ont subi un traitement radio-thérapique post-opératoire. Mais ce chiffre est certainement inférieur à la réalité. Pour beaucoup des thoracotomies en particulier il est vraisemblable qu'un traitement palliatif a dû être mis en oeuvre par le médecin, sans que nous ayons pu avoir de renseignements à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, ces chiffres sont trop faibles pour que nous puissions en tirer la moindre conclusion.

5 - CONCLUSION

En présence d'un cancer primitif des bronches, 3 attitudes sont possibles :

- L'abstention thérapeutique -

Au terme d'une étude de la survie spontanée des cancers bronchiques, basée sur les statistiques de nombreux auteurs groupant plus de 1.000 cas, PIZON (16) conclut : "Les 3/4 des malades décèdent entre le 6ème et le 12ème mois après le début de l'affection. Les survies spontanées dépassant 3 ans ne sauraient être admises sans une rigoureuse démonstration".

- La radiothérapie isolée -

A son sujet, le Professeur SANTY conclut à la fin d'un travail récent (17) : "L'irradiation isolée des cancers bronchiques est assez décourageante par le lot élevé de malades graves traités palliativement et le nombre infime de patients justiciables d'un effort plus marqué, capables de fournir un résultat éloigné".

HERVE écrit même (12) : "Dans les cas curables, de mêmes indications que les cas chirurgicaux, la radiothérapie seule doit céder le pas à la chirurgie".

- Le traitement chirurgical -

Nous allons voir, dans les chapitres suivants, si ses résultats éloignés le justifie.

TROISIEME PARTIE

--

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

--

Nous étudierons, dans ce chapitre, tout d'abord la répartition selon le type histologique, puis les résultats de l'examen histologique de la pièce d'exérèse.

1 - FORMES HISTOLOGIQUES

Nous avons utilisé pour cette étude les résultats de l'examen microscopique de la pièce d'exérèse, car il nous a paru que le type histologique fourni par la biopsie ou l'aspiration pré-opératoire était bien souvent différent de celui retrouvé sur la pièce.

Nous disposons des 132 exérèses hospitalières auxquelles viennent s'ajouter les 39 exérèses de clinique pour lesquelles nous possédons le renseignement, soit un total de 171 cancers primitifs des bronches.

Nous avons adopté la classification proposée par le Professeur DELARUE (9) lors du Congrès International de Pathologie Géographique, en 1954.

- Carcinomes épidermoïdes, indifférenciés ou différenciés, matures ou immatures 141,
soit 82,45 %
- Carcinomes anaplasiques à grosses ou à petites cellules 19,
soit 11,11 %

- Carcinomes glandulaires ou cylindriques 8,
soit 4, 67 %

Parmi les trois piéces d'excrésés qui restent :

- 2 étaient des épistomes ayant subi une transformation carcinomateuse
- pour la dernière il a été impossible de distinguer entre tuberculose et épithélioma, mais le malade est décédé au bout de 18 mois de métastases cérébrales vérifiées par l'autopsie.

On connaît la grande variabilité des répartitions histologiques suivant les auteurs ; c'est ainsi que l'on peut relever les chiffres suivants :

- Le Professeur BARIETY, à propos de 100 cancers primitifs (2), trouve :

Carcinomes épidermoïdes	48%
- anaplasiques	14%
- glandulaires	28%

- MOORE, pour sa part, donne (14) :

Carcinomes épidermoïdes	42%
- anaplasiques	37%
Adénocarcinomes	14%

- Le Professeur DELARUE, lors de l'enquête de la Société de Pathologie Géographique (9), a retenu des variations qui oscillent entre :

22 % et 70 % pour les carcinomes épidermoïdes
8 % et 72 % pour les carcinomes anaplasiques
2 % et 30 % pour les carcinomes cylindriques
et glandulaires.

- Pour sa part, les 670 cas étudiés dans son laboratoire se répartissent ainsi (8), (9) :

Carcinomes épidermoïdes	70 %
- anaplasiques	28 %
- cylindriques et glandu- laires	2 %

Mais il précise aussitôt que sur les pièces d'exérèses seules, le pourcentage des carcinomes épidermoïdes s'élève à 84,1 %, chiffre auquel le nôtre est à peu près superposable. Il est en effet très vraisemblable que les formes anaplasiques, en raison de leur évolution rapide, fournissent la plus grosse partie des thoracotomies exploratrices pour lesquelles nous n'avons pas de renseignements histologiques.

2 - EXTENSION MICROSCOPIQUE MALIGNÉ BRONCHO- SECTIONNAIRE

Nous nous sommes également attachés, à propos de l'examen microscopique des pièces d'exérèses, à étudier l'envahissement des ganglions prélevés au cours de l'intervention et de la recoupe bronchique.

Nous rappellerons, à ce sujet, que pour des raisons de commodité la bronche souche est sectionnée une première fois en aval d'un clamp. Puis, lorsque le poumon a été enlevé, le moignon de bronche souche restant est disséqué et recoupe une deuxième fois au ras de la carène. C'est cette deuxième portion que nous appelons recoupe bronchique et qui a été étudiée.

- Sur 132 exérèses nous possédons 83 renseignements sur l'état de cette recoupe bronchique :

Dans 69 cas elle était microscopiquement saine,

Dans 14 cas, l'histologie a trouvé un envahissement néoplasique de la paroi.

Et, à une exception près, sur laquelle nous reviendrons, tous ces malades sont morts.

- Quant à l'état des ganglions prélevés, nous possédons 82 renseignements :

35 fois, ils étaient envahis,

47 fois, ils étaient sains.

Ce chiffre n'est d'ailleurs donné qu'à titre purement indicatif car nous l'avons vu, à l'exception de 4 cas, le curage ganglionnaire opératoire n'a pas eu l'intention d'être complet, n'enlevant que les ganglions macroscopiquement envahis.

QUATRIEME PARTIE

-:-

ETUDE DES RESULTATS

-:-

Dans ce chapitre nous étudierons successivement :

- Les suites opératoires immédiates en insistant spécialement sur les décès opératoires et les complications post-opératoires non mortelles
- Les résultats éloignés, avec la date et la cause des décès, en fonction de l'intervention pratiquée
- Les malades survivants, en fonction du recul opératoire.

1 - SUITES OPERATOIRES IMMEDIATEES :

Nous envisagerons tout d'abord les décès opératoires, entendant par là tous les décès survenus au cours du premier mois ayant suivi l'intervention.

Nous enregistrons 29 décès sur 215 malades opérés, soit 11,6 %.

Ce pourcentage est légèrement inférieur à celui donné par la plupart des auteurs : GIBBON (10), 22 %. GIFFORD (11), 21,7 %. JAUBERT de BEAUJEU (13), 18,2 %. MOORE (14), 15 %.

Cette différence tient peut-être à l'existence

dans notre statistique d'une année particulièrement faste (1952), au cours de laquelle, sur 15 interventions il n'y eut qu'un seul décès opératoire.

Ces décès se répartissent de la manière suivante au cours des années :

	1948	49	50	51	52	53	54	55	56
Nombre d'interventions	3	7	23	21	15	37	36	35	38
Nombre de décès	0	3	6	2	1	3	2	4	8
Pourcentages	27,3%			7,3%			16,4%		

On voit le pourcentage des décès opératoires s'abaisser progressivement de 1948 à 1954 pour remonter nettement au cours des deux dernières années. Cette variation est d'ailleurs retrouvée dans la plupart des statistiques. BERARD (4), donne par exemple 28 % de 1948 à 1951 et 7 % de 1952 à 1954 inclus. GIFFORD (11), pour sa part, accuse 31 % en 1948 et 21,5 % de 1949 à 1954. Dans la statistique de JAUBERT de BEAUJEU (13), on voit la mortalité remonter au cours des dernières années : 16,4 % de 1948 à 1952 et 19,3 % de 1953 à 1956.

Cette évolution s'explique vraisemblablement par l'expérience grandissante de l'équipe médico-chirurgicale qui dans un second temps amènera le chirurgien à étendre les indications opératoires.

C'est ainsi que sur les 12 décès opératoires enregistrés dans le service en 1955 et 1956, nous notons :

- 7 morts par défaillance cardio-respiratoire

chez 7 sujets âgés et ayant des examens pré-opératoires à la limite de l'intervention.

- 2 embolies pulmonaires massives vérifiées par autopsie chez des malades sous héparine systématique
- 1 décès chez un sujet qui après un choc post-opératoire est resté très obnubilé et mourut brutalement le dixième jour après une ascension thermique à 41°.
- Les deux autres causes de décès de cette période ne sont pas connues.

Nous avons repris les examens pré-opératoires de ces 29 malades. Ils se sont avérés normaux à l'exception des 7 résultats déjà cités plus haut.

Nous avons, d'autre part, retrouvé les causes de 24 d'entre ces 29 décès. Elles se répartissent de la manière suivante :

- Défaillance respiratoire avec encombrement bronchique, troubles de la ventilation du côté opposé et défaillance cardiaque 10 cas
 - 4 cas avaient plus de 60 ans
 - 4 cas avaient entre 50 et 60 ans
 - 2 enfin avaient entre 40 et 50 ans
- Syndrome hémorragique diffus 5 cas
 - 3 en 1950 et 2 en 1951
 - 3 malades ont été réopérés sans succès
 - 2 malades présentaient une fibrinolyse.
- Embolie pulmonaire vérifiée par autopsie chez des malades qui

étaient sous traitement anti-coagulant systématique 3 cas

- Mort sur la table, sans signe de réveil avec cyanose per-opératoire 2 cas

Ces 2 malades avaient plus de 60 ans.

- Lâchage de l'artère pulmonaire 1 cas

- Coma diabétique chez un diabétique connu 1 cas

- Delirium tremens 1 cas

- Enfin le malade dont nous rapportons l'observation plus haut.

Il est certes tentant d'étendre les indications des exérèses pulmonaires en faisant confiance à la réanimation post-opératoire. Mais cette revue de nos décès opératoires montre combien le risque augmente en flèche dès que les opérés dépassent 60 ans (c'est le cas de 8 des 24 malades dont nous connaissons l'âge) et que leur état respiratoire n'est pas satisfaisant avant l'intervention. Et nous pensons qu'il faut voir là une raison de plus à étendre, dans la mesure du possible, l'indication des lobectomies dont, nous le verrons, la mortalité opératoire est très faible pour ne pas dire nulle.

Les complications post-opératoires non mortelles après exérèse pour cancer primitif des bronches sont relativement rares.

Certes, une surveillance rigoureuse s'impose et un certain nombre de précautions sont prises systématiquement dans le service.

- Depuis 1953 traitement anti-coagulant systématique à partir du 4ème jour

- Lever précoce
- Lutte contre l'encombrement bronchique en aidant les opérés à cracher très fréquemment.

Mais à ce prix nous n'avons relevé que 21 complications dignes d'être notées sur les 176 interventions de la pratique hospitalière.

14 fois il s'est agi de troubles respiratoires ou cardio-vasculaires, qui se décomposent de la manière suivante :

- Encombrement bronchique important 5 cas

2 cas ont nécessité une trachéotomie

4 de ces 5 malades avaient des épreuves fonctionnelles pré-opératoires insuffisantes

- Dyspnée notable, avec déplacement du médiastin cédant après une ou deux ponctions évacuatrices 5 cas

- Tachyarythmie ayant mis plusieurs jours à disparaître chez un malade dont l'E.C.G. pré-opératoire montrait l'existence d'extrasystoles 1 cas

- Mauvaise réexpansion du lobe restant après lobectomie, ayant cédé sans bronchoscopie 2 cas

2 lobectomies supérieures gauches

- Phlébite régressive en 8 jours
sans accident embolique 1 cas

Parmi les 7 autres complications nous avons relevé :

- 1 fistule bronchique avec pyothorax ayant entraîné la mort au bout de 3 mois
- 2 fistules chylofères avec épanchement ayant nécessité une réintervention. L'une a suivi une lobectomie inférieure droite, l'autre une pneumonectomie gauche.
- 1 occlusion post-opératoire ayant cédé à l'aspiration duodénale continue
- 1 accident d'hyperthermie à 40° et plus, cédant en 8 jours
- 1 syndrome neurologique diffus transitoire de 48 heures. Le malade est décédé au bout d'un an, sans métastase cérébrale.
- 1 cas de troubles mentaux graves. Le malade est décédé au bout de 6 mois dans un tableau de métastase cérébrale.

Cette rapide revue des suites opératoires immédiates nous permet de penser que, grâce à une préparation minutieuse et des soins post-opératoires donnés par un personnel spécialisé, la chirurgie du cancer du poulmon est à l'heure actuelle parfaitement tolérée.

2 - RESULTATS ELOIGNES :

Cette chirurgie est-elle justifiée par ces résultats éloignés ?

Parmi les 44 malades ayant subi une thoracotomie

exploratrice, aucun n'est vivant à l'heure actuelle.

Les décès se répartissent de la manière suivante :

- Décès opératoires	4
- Au cours des 6 premiers mois	11
- Entre 6 mois et 1 an	8
- Au cours de la 2ème année	1
- Au cours de la 3ème année	1

Enfin, pour 19 d'entre eux, le médecin traitant n'a pas pu nous préciser la date du décès. Il nous a paru difficile de faire une enquête familiale pour des sujets que nous considérons a priori comme décédés.

Nous disposons d'autre part de 152 pneumonectomies groupant 113 opérés à l'hôpital et 39 à la clinique.

Parmi ceux-ci :

- Nous manquons de renseignements dans	6 cas
- il y a eu décès opératoire dans	25
- décès au cours de la 1ère année	39
- décès au cours de la 2ème année	23
- décès au cours de la 3ème année	6
- décès au cours de la 4ème année	7
- enfin, il y a actuellement	46 vivants.

Parmi les malades décédés nous savons que 15 d'entre eux ont pu reprendre une activité professionnelle pendant un temps variable, mais ce chiffre est vraisemblablement inférieur à la réalité car très peu de médecins ont répondu à cette partie de notre questionnaire.

La cause des décès non opératoires nous est connue dans 44 cas.

- Au cours des 3 premières années, nous trouvons :

- 21 récidives thoraciques
- 15 métastases viscérales dont 5 localisations osseuses et 3 cérébrales
- 4 décès pour une cause non cancéreuse

- Pour les 6 malades décédés dans le courant de la 4ème année nous savons que :

- 2 sont morts de récurrence thoracique
- 2 d'une cause non cancéreuse.

Nous voudrions insister sur le point suivant : les récidives thoraciques et les métastases apparaissent dans l'ensemble rapidement après l'intervention, elles deviennent exceptionnelles après la 3ème année. Donc, il semble bien que passé ce cap, et lorsque les malades ne présentent évidemment aucun signe clinique, radiologique ou bronchoscopique de récurrence, on peut commencer à parler de guérison durable.

- 17 lobectomies ont été pratiquées de 1952 à 1956 :

- 9 malades sont actuellement vivants
- 3 sont morts dans la 1ère année
- 4 au cours de la 2ème année
- 1 enfin est considéré comme décédé sans que nous ayons eu de ses nouvelles

Il n'y a eu aucun décès opératoire.

Sur les 8 malades décédés nous relevons :

- 4 récidives thoraciques
- 2 décès par métastases viscérales
- 2 décès dont la cause n'a pu être précisée.

- 2 segmentectomies ont donné les résultats suivants :

1 malade est décédé de récédive thoracique et de métastase osseuse à la fin de la 1ère année. Il avait repris une activité professionnelle complète pendant 7 mois.

l'autre, opéré il y a 26 mois, est vivant et mène une vie absolument normale.

Ainsi donc, sur 164 malades ayant subi une exérèse avisée curatrice, il n'y en a que 4 qui soient décédés d'une récédive de leur cancer au cours de la 4ème année post-opératoire, et aucun n'est mort pendant la 5ème année. On peut donc considérer la reprise évolutive du cancer primitif des bronches comme exceptionnelle après 3 ans.

Par ailleurs, on ne note aucun décès opératoire chez les 19 malades ayant subi une exérèse limitée. Les conclusions à ce sujet sont assez variables. MOORE (14), sur 12 lobectomies n'a, lui non plus, aucun décès opératoire. Par contre, GIFFORD (11), sur une plus grande série il est vrai, de 464 exérèses, rapporte 14,7 % de décès opératoires après lobectomies.

3 - ETUDE DES SURVIVANTS :

Nous étudierons, tout d'abord, la courbe des survies post-opératoires en fonction du recul, puis, nous essaierons de regrouper un certain nombre de facteurs influençant cette survie. Il est bien entendu que les malades pour lesquels nous n'avons pas eu de renseignement ont été considérés comme décédés dans le courant de la première année.

	Années	Nombre des exérèses	Nombre de survivants	% des survivants
Ayant survécu 1 an	1948-1956	171	96	56 %
Ayant survécu 2 ans	1948-1955	135	53	39 %
Ayant survécu 3 ans	1948-1954	106	37	35 %
Ayant survécu 4 ans	1948-1953	73	19	26 %
Ayant survécu 5 ans	1948-1952	46	14	30 %
Ayant survécu 6 ans	1948-1951	33	7	
Ayant survécu 7 ans	1948-1950	20	3	
Ayant survécu 8 ans	1948-1949	4	2	
Ayant survécu 9 ans	1948	2	2	

Malheureusement, l'importance du chiffre d'exérèse diminue trop rapidement pour que l'on puisse tenir compte du pourcentage correspondant. En effet, au-dessous de 50 cas, la marge d'erreur devient considérable. Néanmoins, nos pourcentages s'inscrivent sur la courbe théorique dressée par PIZON (16), entre les 2 intervalles de confiance qui englobent 99 % des variations dues au hasard. Ils sont également voisins des pourcentages donnés par d'autres auteurs :

GIBBON (10), par exemple, donne :

Survie de plus d'1 an	84/175	48 %
2 ans	46/145	32 %
3 ans	36/111	32 %
4 ans	20/77	26 %
5 ans	9/41	22 %

Par contre, GIFFORD (11), et MOORE (14), sont plus optimistes :

Le premier avec 45 % de survie de plus de 2 ans	
28 %	5

Le 2ème qui donne 45% de survie de plus de 2 ans	
30%	5

Mais, dans tous les cas la courbe de survie tend à devenir asymptote à partir de la 3ème année. Ceci est un argument de plus en faveur de la fixation à 3 ans de la date à partir de laquelle un espoir de guérison devient raisonnable.

En 1955, BERARD a pu écrire (4) : "La pneumonectomie est parfaitement tolérée et les conditions de vie de l'opéré sont proches de la normale".

L'étude de nos 41 survivants de la pratique hospitalière vient encore confirmer cette assertion.

- Cliniquement, 19 malades sur 41 accusent un certain degré de dyspnée, mais un tiers au moins d'entre eux peuvent avoir néanmoins une activité professionnelle.

En effet, 13 seulement de nos opérés n'ont pas repris leur travail et parmi eux :

- 5 ont l'âge de la retraite
- 4 sont des opérés récents
- 4 seulement présentent une dyspnée à l'effort les obligeant réellement à une vie ralentie.

- Radiologiquement, parmi ces 41 opérés :

Il n'existe qu'un cas où l'hémithorax est entièrement vide. Ce malade présente une gêne fonctionnelle importante qui empêche toute activité.

23 opérés ont un médiastin en place, et 18 un médiastin dévié, et parmi ces derniers, 13 accusent une certaine dyspnée à l'effort et 10 travaillent cependant à temps complet.

- Une seule réintervention à visée plastique a été pratiquée. Elle a consisté dans le comblement de l'hémithorax par des billes acrylic 6 mois après la pneumonectomie. Cette plastie a transformé l'état fonctionnel de l'opéré qui travaille actuellement mais on a été obligé de pratiquer l'ablation des billes au bout de 6 ans en raison de douleurs thoraciques importantes.

Enfin, nous avons recherché l'incidence d'un certain nombre de facteurs sur la survie. Nous n'avons tenu compte pour ce faire que des 25

opérés à l'hôpital ayant à l'heure actuelle une survie supérieure à 36 mois.

- L'âge, tout d'abord, nous a paru jouer un rôle dans la survie. On connaît la règle banale, en matière de cancérologie, qui veut que le cancer du sujet jeune soit d'un mauvais pronostic. C'est ainsi que nous avons comparé pour chaque catégorie d'âge, le pourcentage des survivants au pourcentage total des opérés:

	Moins de 40	40 à 50	50 à 60	60 et plus
Nombre des survivants.....	0	7	16	2
% des survivants		28%	64%	8%
% de tous les opérés	4%	28%	49%	19%

La baisse des survivants au-delà de 60 ans s'explique aisément par l'augmentation correspondante des décès opératoires.

Par contre, l'absence complète de survivants âgés de moins de 40 ans, nous paraît très frappante, bien que le petit nombre de nos malades de cette catégorie puisse expliquer les divergences de ces résultats avec ceux d'autres auteurs.

JAUBERT de BEAUJEU (13), OVERHOLT (15), par exemple, trouvent des pourcentages à peu près semblables dans toutes les catégories.

Il est vraisemblable que la plus grande fréquence de carcinomes anaplasiques chez le sujet jeune est à l'origine de cette évolution sévère.

- Le Délai pré-opératoire nous paraît également jouer un rôle dans la survie. Là encore nous comparons, dans chaque catégorie, le pourcentage

des survivants de plus de 3 ans au pourcentage de de tous les opérés :

	1 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Plus de 12 mois
Nombre des survivants	17	7	1	0
% des survivants	68%	28%	4%	
% de tous les opérés	61%	24%	7,5%	7,5%

Ces pourcentages, à peu près superposables pour les 8 premiers mois deviennent ensuite très différents. Indépendamment donc de toute considération sur le pouvoir évolutif propre à chaque cancer, on peut dire qu'il est un délai à ne pas dépasser, si l'on veut avoir une chance de guérison, délai largement suffisant d'ailleurs pour établir un diagnostic et opérer le malade.

Cet avis est partagé par la plupart des auteurs. C'est ainsi que SAUVAGE écrivait, en 1954, au sujet du cancer bronchique : " C'est du dépistage systématique, de la certitude du diagnostic et de la précocité de l'intervention que dépendent avant tout les succès immédiats et les réussites à longue échéance de cette chirurgie difficile" (cité par BROCARD) (6).

OVERHOLT (15), donne un délai moyen pré-opératoire, de 11,5 mois pour l'ensemble des opérés et de 6,7 mois seulement pour les survivants de 5 ans.

JAUBERT de BEAUJEU, dans un article récent, (13), arrive aux mêmes conclusions.

- Dans le même article, cet auteur, à propos de la localisation de la tumeur, écrivait, d'autre part, : "Les localisations aux 2 bronches souches sont graves puisqu'à droite nous n'avons aucun survivant de 3 ans, et à gauche aucun de 5 ans".

Nos résultats sur ce chapitre sont un peu différents. Voici, en effet, la localisation bronchique de la tumeur de nos 25 survivants de plus de 3 ans :

Bronche souche	D.2, G.3 = 5	soit 20% des cas
Bronche lobaire supérieure	D.8, G.5 = 13	soit 52% des cas
Bronche lobaire moyenne	D.1,	1 soit 4% des cas
Bronche lobaire inférieure	D.4, G.2 = 6	soit 24% des cas
Total selon le côté	D.15, G.10	

Ces pourcentages comparés avec ceux de l'ensemble des opérés sont pratiquement superposables :

	B.S.	B.L.S.	B.L.M.	B.L.I
% des survivants	20%	52%	4%	24%
% de tous les opérés	18,6%	41,4%	6%	32,6%

- Enfin, nous nous sommes attachés à rechercher l'incidence anatomo-pathologique sur la survie.

Parmi nos 25 opérés, survivant au bout de

3 ans, nous manquons de renseignements pour 8 malades, 16 avaient une recoupe bronchique et des ganglions histologiquement sains, 1 seul avait une recoupe bronchique et des ganglions envahis. Il s'agit d'une lobectomie dont nous avons déjà parlé plus haut. Signalons seulement ici que ce malade se porte très bien, 72 mois, soit 6 ans, après l'opération.

Enfin, la forme histologique de la tumeur nous paraît jouer un rôle sur la survie.

Voici, tout d'abord, nos résultats, sur les 34 malades de la pratique hospitalière et de clinique ayant actuellement une survie supérieure à 36 mois et pour lesquels nous avons le renseignement :

Carcinomes épidermoïdes	29
Carcinomes glandulaires	1
Carcinomes anaplasiques	4

Ce chiffre nous a grandement surpris, d'autant que sur ces 4 malades 3 ont une survie qui varie entre 72 et 113 mois.

Il est en désaccord avec l'opinion de la grande majorité des auteurs.

C'est ainsi que le Professeur BARIETY a pu écrire (2) : "Bonnes indications de la radiothérapie, les cancers à petites cellules ne permettent cependant jamais une longue survie".

De même, BERARD (4), parlant de ses résultats lointains, écrivait : "Nous n'avons jamais enregistré de guérison à lointaine échéance en cas de cancers à petites cellules".

Nous nous contenterons de verser ces 4

dossiers au chapitre de la survie des carcinomes anaplasiques des bronches.

4 - RESULTATS PROPRES AUX LOBECTOMIES -

Avant de clore ce chapitre, nous voudrions reprendre rapidement les résultats opératoires des exérèses partielles pour cancer primitif des bronches.

Les suites opératoires immédiates sont particulièrement faciles :

- Sur 17 interventions nous n'avons relevé aucun décès opératoire.
- Comme complications post-opératoires non mortelles, nous devons citer :
une fistule chylifère ayant nécessité une réintervention,
deux atélectasies post-opératoires du lobe restant après lobectomie supérieure gauche ayant cédé sans bronchoscopie.

Quant aux résultats éloignés, ils nous sont apparus comparables à ceux de la pneumonectomie.

- Nous ne reviendrons pas sur la date et la cause des décès.
- Nous voudrions seulement donner ici le tableau de survie en fonction du recul de nos 17 lobectomisés :

	Années	Nombre de lo- bect.	Nombre de sur- vivants	% des survi- vants	% de survivants de toutes les exérèses
Ayant survécu 1 an	I952-I956	17	13	76%	56%
Ayant survécu 2 ans	I952-I955	9	4	44%	39%
Ayant survécu 3 ans	I952-I954	6	2	33%	35%
Ayant survécu 4 ans	I952-I953	3	2	67%	26%
Ayant survécu 5 ans	I952	2	1	50%	30%

Certes, nos chiffres sont bien faibles, surtout pour les malades ayant un recul important, cependant, ils sont loin de condamner la lobectomie en tant qu'intervention curatrice du cancer primitif des bronches.

5 - CONCLUSION

A la fin de cette étude des résultats opératoires des cancers primitifs des bronches, un certain nombre de points peuvent être soulignés:

- La pneumonectomie est dans l'ensemble une intervention bien supportée immédiatement à condition de ne pas surestimer les valeurs respiratoires fonctionnelles des opérés surtout lorsqu'ils ont dépassé 60 ans. Elle est compatible, ultérieurement, avec une activité à peu près normale.

- Le cap des 3 ans nous paraît un délai suffisant pour envisager une guérison durable lorsque n'existe, à cette date, aucun signe de récurrence.

- Parmi les facteurs de fâcheux pronostic, les âges extrêmes, l'existence de nombreux signes fonctionnels et généraux associés, un délai pré-opératoire dépassant 8 mois, sont les plus nets. Encore faut-il tenir compte de l'évolutivité propre de la tumeur.

- Enfin, la lobectomie a donné des résultats éloignés suffisamment bons pour être tentée chaque fois que les lésions constatées après ouverture du thorax lui donnent des chances d'être curatrice.

CONCLUSIONS

-:-

Au terme de cette revue de 215 cancers primitifs des bronches opérés entre 1948 et 1956, c'est-à-dire avec un recul variant entre 17 et 118 mois, un certain nombre de points nous paraissent mériter d'être retenus :

- Sur le plan clinique -

On ne saurait attacher trop d'importance, chez un homme entre 40 et 60 ans à :

- la survenue d'un crachat hémoptoïque,
- un épisode pulmonaire aigu ou subaigu dont l'évolution n'est pas franche malgré un traitement antibiotique bien conduit,
- l'existence d'une condensation rétrécie à la radio, que l'on ne pourra mettre en évidence que sur un cliché de profil pratiqué au moindre doute.

Tous ces signes doivent évoquer au premier chef un cancer primitif des bronches même si la bronchoscopie est normale à plusieurs reprises, ce qui est, malheureusement, le cas assez souvent.

- Sur le plan thérapeutique -

Grâce à une étude minutieuse du dossier radio-clinique du malade, il faut s'efforcer de diminuer autant que faire se peut le nombre des

thoractomies exploratrices dont la mortalité opératoire est loin d'être négligeable.

L'existence d'une paralysie diaphragmatique ou d'un épanchement pleural hémorragique doit être considérée comme le témoin d'une extension des lésions le plus souvent au-dessus des ressources chirurgicales.

La pneumonectomie pour cancer doit comporter, au cours du 1er temps opératoire d'exploration des lésions, l'ouverture systématique du péricarde.

Les indications de la lobectomie doivent être étendues au maximum, eu égard à son innocuité par rapport à celle de la pneumonectomie. Mais ces indications ne pourront être posées définitivement qu'une fois le thorax ouvert. Notre Maître, le Dr DAUMET, pour ce faire, s'aide à l'heure actuelle d'un examen extemporané des ganglions et d'un prélèvement bronchique pratiqué au niveau où passera la section.

- Sur le plan des résultats opératoires -

Une grande sévérité, dans l'étude de l'électrocardiogramme et des épreuves fonctionnelles respiratoires, pré-opératoires, est de mise chez les sujets âgés de plus de 60 ans. C'est à ce prix seulement que l'on pourra diminuer la mortalité opératoire encore relativement élevée de la pneumonectomie.

Le cap des 3 ans nous paraît un délai suffisant pour envisager une guérison durable lorsque n'existe, à cette date, aucun signe clinique, radiologique ou bronchoscopique de récédive.

Enfin, nous croyons pouvoir terminer sur une note optimiste. Les chiffres de survie que nous

avons trouvés dans notre étude,

- 35 % de survivants au bout de 3 ans,

- 30 % de survivants au bout de 5 ans,

viennent contredire la réputation de "mauvais cancer" qu'a encore le cancer primitif des bronches.

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : BARIETY

Vu :

Le Doyen :

Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : JEAN SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- (1) BALMES A. et THEVENET A.
Le retard dans le diagnostic du cancer bronchique.
Montpellier Méd., sept.-Oct. 1956, 98
n° 2, 194-196.
- (2) BARIETY M., DELARUE J. et PAILLAS J.
Corrélations entre les aspects anatomo-
miques et les formes cliniques des can-
cers bronchiques. Dédutions thérapeuti-
ques.
J. Franç. Méd. Chir. Thor., 1950, 4, n° 2,
169-207 (Bibliogr.).
- (3) BARIETY M., LEGENDRI R.
Les hémoptysies des cancers bronchiques
primitifs
B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 31 mai 1957,
73, n° 18-19, 502-506, (Bibliogr.)
- (4) BERARD M., SAUBIER E.C. et MARET G.
Enquête sur nos résultats du traite-
ment chirurgical du cancer du poumon.
Lyon Chir. Juil. 1955, 50, n° 5, 534-546
- (5) BISHOP C.A.
Le cancer du poumon
J. Thor. Surg., mars 1957, 33, n° 3,
330-340, 10 fig., 2 tabl. (Bibliogr.)
- (6) BROCARD H. et col.
Diagnostic et pronostic des cancers bron-
chiques découverts par dépistage systéma-
tique.
J. Franç. Méd. Chir. Thor., 1955, 9, n° 1,
66-71

- (7) DAUMET P., DAUSSY M., GARNIER C. et
PAILLAS J. -
Etude statistique de 125 cas de carcinomes bronchopulmonaires traités chirurgicalement
J. Franç. Méd. Chir. Thor., 1955, 9, n°2
206-213
- (8) DELARUE J.
Anatomie pathologique des cancers broncho-pulmonaires
Bruxelles Méd., 2 oct. 1955, 35, n° 40,
1965-1978
- (9) DELARUE J. et PAILLAS J.
Fréquence relative et répartition des formes histologiques des carcinomes bronchiques
J. Franç., Méd. Chir. Thor., 1955, 9,
n° 1,1-14, 7 tabl. (Bibliogr.)
- (10) GIBBON J.H. Jr et Coll.
Le cancer du poumon ; analyse de 532 cas consécutifs.
Ann. Surg., oct. 1953, 138, n° 4,
489-501, 13 fig., 4 tabl. (Bibliogr.)
- (11) GIFFORD J.H. et WADDINGTON J.K.B.
Revue de 464 cas de cancer du poumon traités par résection.
Brit. Med. J., 30 Mars 1957, n° 5021,
723-730, 5 fig. 9 tabl. (Bibliogr.)
- (12) HERVE A.
Radiothérapie et cancer bronchique.
(à propos de 126 cas traités par rayons X seuls).
J. Radio. Electrol., mai-juin 1957, 38, n°5/6
515-516

- (13) JAUBERT de BEAUJEU
Résultats du traitement chirurgical
du cancer hilair du poumon
Lyon Chir. Janvier 1958, 54, n° 1,
69-78, 7 tabl.
- (14) MOORE S.W. et COLE D.R.
Les néoplasmes malins primaires du
poumon
Ann. Surg. av. 1955, 141, n° 4, 457-468,
10 fig. (Bibliogr.)
- (15) OVERHOLT R.H. et BOUGAS J.A.
Les facteurs communs aux survivants de
cancers du poumon.
J. Thor. Surg., oct. 1956, 32, n° 4,
508-517, 11 tabl., 8 fig. et 517-520
- 16) PIZON P.
Sur la thérapeutique du cancer broncho-
pulmonaire
J. de Chirurg. Mars 1958, 75, n° 3, 287-
310, 12 tabl. 6 fig. (Bibliogr.)
- (17) SANTY P. et Coll.
L'association radiochirurgicale dans
le traitement du cancer bronchique.
J. Radio. Electrol., mai-juin 1957, 38,
n° 5/6, 494-497, 11 fig.
- (18) WATSON W.L.
Le cancer du poumon avec survie de cinq
ans : étude de 3.000 cas.
J. Internat. Coll. Surgeons , déc. 1956,
26, n° 6, 750-754, 6 tabl.
- (19) WYMAN St. et Coll.
Aide apportée par l'angiographie pour
l'appréciation de l'inopérabilité des
cancers bronchiques
J. Thor. Surg. Avril 58, 35, n° 4, 452 et
suiv.

La plupart de ces articles contiennent une bibliographie très complète permettant une étude détaillée du cancer primitif des bronches.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui ne seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

